

Dor pélvica crônica

Protocolos Febrasgo

Ginecologia – nº 17 – 2018



DIRETORIA DA FEBRASGO 2016 / 2019

César Eduardo Fernandes

Presidente

Corintio Mariani Neto

Diretor Administrativo/Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá

Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade

Diretor de Defesa e Valorização
Profissional

Alex Bortotto Garcia

Vice-Presidente

Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina

Vice-Presidente

Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo

Vice-Presidente

Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Vice-Presidente

Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender

Vice-Presidente

Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA – 2016 / 2019

Presidente

Paulo A. Ayroza Galvão Ribeiro

Vice-Presidente

Mariano Tamura Vieira Gomes

Secretária

Raquel Silveira da Cunha Araújo

Membros

Aurélio Antônio Ribeiro da Costa

Armando Romeo

Eduardo Batista Candido

Jean Pierre Barguil Brasileiro

Julio Cesar Rosa e Silva

Marcus Aurélio Bessa Paiva

Raquel Ferreira Lima

Ricardo Bassil Lasmar

Rita de Cássia Barbosa Tavares dos Santos

Sergio Edgar Camões Conti Ribeiro

Walter Antônio Prata Pace

Dor pélvica crônica

Paulo Ayroza Ribeiro¹

Helizabet Salomão Abdalla-Ribeiro¹

Aline Eras¹

Descritores

Dor pélvica; Endometriose inflamatória; Adesão; Pélve congelada

Como citar?

Ribeiro PA, Abdalla-Ribeiro HS, Eras A. Dor pélvica crônica. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 7/ Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).

Introdução

A dor pélvica crônica (DPC) se apresenta como uma das principais causas de encaminhamento de mulheres aos serviços de saúde.⁽¹⁾ Não se trata de uma doença, mas de um quadro clínico que pode ser desencadeado por diferentes afecções e frequentemente está associado a outros problemas, como disfunção sexual, ansiedade e depressão.^(2,3)

A maior compreensão dos mecanismos da dor conduziram a uma mudança na abordagem desta afecção, anteriormente órgão centrada, para um acolhimento multidisciplinar.⁽⁴⁾

A dor pélvica crônica é causa comum de angústia de muitas mulheres, e algumas relatam enfaticamente sua insatisfação com os cuidados recebidos no diagnóstico e tratamento de sua enfermi-

¹Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Ginecologia nº 17, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

dade. Estas paciente buscam invariavelmente um cuidado mais personalizado, por profissional que valorize seus sintomas e posicione-se de forma precisa em relação aos possíveis diagnósticos e tratamentos.⁽⁵⁾

Definição

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) e a REVITALize, iniciativa que visa padronizar terminologia em ginecologia e obstetrícia, definem a dor pélvica crônica como “sintomas dolorosos percebidos como originários de órgãos/estruturas pélvicas, tipicamente com duração maior que 6 meses. Está frequentemente associado com consequências negativas do ponto de vista cognitivo, comportamental, sexual e emocional, bem como com sintomas sugestivos de disfunção do trato urinário, intestinal, assoalho pélvico, miofascial ou ginecológica”.⁽⁶⁾

A inclusão, nesta definição, dos quadros de dor cíclica e dor desencadeada pelo coito é tema de controvérsia, sendo rejeitada por alguns autores. Porém, em seu último boletim, a ACOG considera a dor pélvica cíclica como uma forma de dor pélvica crônica quando traz consequências cognitivas, comportamentais, sexuais e emocionais significativas, além de considerar a dispareunia como um componente da dor pélvica crônica.⁽⁶⁾

Prevalência

Embora existam síndromes dolorosas que acometem adolescentes ou mulheres na pós-menopausa, a maior parte das pacientes encontra-se em idade reprodutiva. A DPC é afecção de alta prevalência em todo o mundo, atingindo até 26,6% das mulheres em idade reprodutiva⁽⁷⁻¹¹⁾ e sua taxa de recorrência ao longo da vida pode chegar a 33%.¹² Revisão sistemática de 2006 da Organiza-

ção Mundial de Saúde descreveu prevalências de 2,1-24% para dor acíclica, 8-21,1% para dispareunia e 16,8-81% para dismenorria.

⁽¹⁾ A prevalência de afecções não ginecológicas é estimada em 20 a 60% das mulheres com dor pélvica crônica.⁽¹³⁻¹⁷⁾

A queixa de DPC responde por 10-20% das consultas ginecológicas, sendo indicação frequente de procedimentos diagnósticos e cirúrgicos. Estima-se que aproximadamente 20% das histerectomias e 40% das laparoscopias ginecológicas sejam realizadas para tratamento de dor pélvica.⁽¹⁾

No Reino Unido, 38 de cada 1000 mulheres, entre 15 e 70 anos de idade apresentarão queixa de DPC em algum período da vida⁽¹⁸⁾ e acredita-se que em países em desenvolvimento a prevalência seja ainda maior.⁽¹⁹⁾ Estudos nacionais relataram prevalência de DPC em mulheres maiores de 14 anos tão altas quanto 11,5% em Ribeirão Preto (SP) e 19% em São Luis (MA).^(20,21)

Etiologia

A dor pélvica crônica tem natureza multifatorial e, em decorrência da complexa inervação da pelve, o acometimento de diferentes órgãos e sistemas pode levar a uma mesma manifestação clínica.

No que se refere às etiologias primárias, didaticamente, são divididas em causas ginecológicas e não ginecológicas, cuja frequência, como causa de DPC, varia de acordo com a população estudada.

Dentre as causas ginecológicas destacam-se a endometriose, a adenomiose, as aderências e os miomas uterinos. Dentre as causas não-ginecológicas são relevantes as intestinais, como a síndrome do intestino irritável e a constipação crônica; as urológicas, destacando-se a cistite intersticial crônica; as causas osteomusculares e os distúrbios emocionais, sejam como fatores primários ou secundários à DPC.

Ginecológicas:

- Aderências peritoneais;
- Cistos anexiais;
- Salpingite/endometrite crônica;
- Endossalpingiose;
- Síndrome do ovário residual;
- Síndrome do ovário remanescente;
- Síndrome de congestão pélvica;
- Cistos peritoneais pós-operatórios;
- Adenomiose;
- Endometriose;
- Leiomioma;
- Distopias genitais.

Urológicas:

- Neoplasia de bexiga;
- Infecção urinária de repetição;
- Cistite intersticial;
- Litíase;
- Síndrome uretral.

Gastrintestinais:

- Carcinoma de cólon;
- Obstrução intestinal crônica intermitente;
- Moléstias inflamatórias;
- Obstipação crônica;
- Hérnias de parede abdominal;
- Síndrome do intestino irritável.

Osteomusculares:

- Dor miofascial;
- Síndrome do piriforme;

- Coccialgia crônica;
 - Alterações de coluna lombossacra;
 - Alterações posturais;
 - Neuralgias;
 - Espasmos musculares de assoalho pélvico.
- Psicológicas:
- Somatização;
 - Uso excessivo de drogas;
 - Assédio (ou abuso) sexual ou moral;
 - Depressão;
 - Distúrbios do sono.
- Outras causas:
- Sequestro neural em cicatriz cirúrgica prévia (“nerve entrapment”);
 - Porfíria;
 - Distúrbios bipolares;
 - Nevralgia (principalmente dos nervos ilio-hipogástrico, ilioinguinal, genitofemoral e pudendo);
 - Epilepsia abdominal;
 - Enxaqueca abdominal.

Deve-se ter em mente, no entanto, que pode não haver doença orgânica justificando o quadro de algia crônica e que em até um terço das pacientes nenhuma causa é identificada.^(3,10) Além disso cumpre-se salientar que, por vezes, diversas afecções podem coexistir e a associação de enfermidades acaba por acentuar o quadro clínico das mulheres portadoras de DPC.

As alterações osteomusculares podem surgir perpetuando ou piorando a dor, pois, ao permanecer longo período com a queixa, algumas mulheres adotam uma postura antálgica como forma de adaptação e proteção ao estímulo doloroso persistente. A longo prazo esta atitude

acaba levando à alterações posturais que contribuem para o quadro algico e, posteriormente, mesmo que a afecção de base seja tratada, as alterações posturais podem ser o percalço na persistência da queixa.⁽¹⁷⁾

Similarmente, o longo tempo sem diagnóstico, a incerteza quanto a etiologia e o anseio sobre a possibilidade de doença maligna, somada à diminuição acentuada na qualidade de vida das mulheres com DPC levam, com frequência, à distúrbios emocionais importantes que devem ser avaliados. Todas estas afecções, unidas e atuando concomitantemente, podem agravar o quadro de DPC.

A sensibilização central também parece ter um papel importante na perpetuação do quadro de dor. Sob constante estímulo doloroso, ocorre aumento da sensibilidade de membrana e da eficiência sináptica culminando em uma diminuição do limiar nociceptivo (hiperalgesia primária), na resposta mais intensa e mais prolongada ao estímulo nociceptivo e na extensão espacial do zona dolorosa (hiperalgesia secundária).⁽²²⁾ Assim, é comum que a paciente refira agravamento da dor ao longo do tempo, e em algumas situações a queixa pode parecer desproporcional aos achados em exame físico e exames de imagem.

DPC de origem ginecológica

Endometriose

A endometriose é o diagnóstico mais comum firmado durante as laparoscopias realizadas em mulheres portadoras de DPC. Relata-se que um terço das mulheres submetidas a laparoscopia por DPC tenham endometriose; e em centros especializados no acompanhamento de mulheres com endometriose esta frequência pode chegar a 70%.⁽²³⁾ Mulheres com endometriose frequentemente se queixam de dor pélvica crônica que apresenta expressiva piora no período menstrual (dismenorréia), associada a dispareunia profunda.

Doença inflamatória pélvica (DIP)

A DIP parece ser uma causa comum de DPC em populações com elevada prevalência de doenças sexualmente transmissíveis. Aproximadamente 30% das mulheres com DIP desenvolverão DPC a seguir. Os mecanismos exatos que levam a dor pélvica crônica em mulheres que tiveram DIP não são completamente conhecidos, mas acredita-se que estejam relacionados a dois fatores principais: desenvolvimento de aderências em decorrência do intenso processo inflamatório e ocorrência de lesão tubária levando a hidrossalpinge.⁽²⁴⁾

Aderências pélvicas

As aderências são formações fibrosas regenerativas, decorrentes de traumas mecânicos, infecções, inflamações ou sangramentos, e quando ocorrem na pelve remetem à infertilidade, dor pélvica crônica, dispareunia e em casos mais graves, obstrução intestinal.

Com a realização de Mapeamento Consciente da Dor, durante os quais as pacientes são submetidas à minilaparoscopia com anestesia local, demonstrou-se que a manipulação de aderências pélvicas desencadeia dor em pacientes com DPC, reforçando sua associação com esta síndrome.⁽²⁵⁾

Os mecanismos que levam estas aderências a desencadarem dor crônica ainda não foram esclarecidos. Especula-se que a menor mobilidade das estruturas, a limitação do peristaltismo intestinal, a tração entre os órgãos e os estímulos das fibras aferentes C são os principais desencadeantes do desconforto e da dor de origem visceral.

Deve-se suspeitar que a DPC seja decorrente de aderências diante de queixa de desconforto pélvico pouco específico, ou seja, de difícil caracterização quanto ao tipo da dor, o seu início, a sua periodicidade, os seus fatores de melhora ou piora bem como a sua irradiação.

Quando alguma relação com o ciclo menstrual é reportada, nota-se o recrudescimento do sintoma álgico no período pré menstrual.⁽²⁶⁾

Outros elementos permanecem mal compreendidos, como a difícil correlação entre a quantidade das aderências com a intensidade da dor e a imprevisibilidade do surgimento das aderências diante de determinada agressão iatrogênica como cirurgias e radioterapias. Dada a falta de informações sobre estes mecanismos, bem como seu surgimento imprevisível e ainda a dificuldade de confirmação diagnóstica, a melhor alternativa é prevenir seu surgimento.⁽²⁷⁾

Congestão ou Varizes pélvicas

Varizes pélvicas, também são conhecidas como Síndrome da Congestão Pélvica. Trata-se de uma condição na qual se observa dilatação e tortuosidade do plexo venoso pélvico associado à diminuição do retorno venoso. Apesar de serem conhecidas algumas alterações hidráulico-mecânicas que predisõem a afecção, sua exata fisiopatologia ainda é obscura.⁽²⁸⁾ Dentre os fatores que poderiam justificar a ocorrência de varizes pélvicas destacam-se a desembocadura da veia ovariana esquerda na veia renal esquerda em ângulo reto, favorecendo o refluxo venoso, a transmissão da pulsação da aorta no cruzamento desta artéria com a veia renal esquerda, e presença de dano valvular observado em muitas veias ovarianas de mulheres portadoras de DPC. O refluxo venoso e a congestão induzida por este dano, seriam possíveis responsáveis pela dor nesta mulheres. Ressalta-se no entanto, que esta alteração valvular também pode ser observada em mulheres assintomáticas.⁽²⁹⁾

A congestão pélvica afeta com maior frequência mulheres múltiparas, e relata-se relação com desconforto abdominal baixo, principalmente após longa permanência em posição ortostática.⁽³⁰⁾

No entanto é importante salientar que as varizes pélvicas podem ser encontradas em mulheres assintomáticas, levantando o questionamento se ela seria, realmente, a causa de DPC ou apenas um achado de exame. Recente meta análise demonstrou que os dados disponíveis em literatura são insuficientes para definir uma relação de causa e efeito.⁽³¹⁾

Adenomiose

A presença de tecido endometrial ectópico entre as fibras do miométrio habitualmente cursa com dor pélvica cíclica, manifestando-se geralmente com dismenorrea intensa e com sangramento uterino anormal. A dor pode ser causada pelo sangramento ou pela descamação das ilhas de endométrio presentes no interior do miométrio durante o período menstrual. Os sintomas habitualmente se instalam ao redor dos 40 ou 50 anos de idade.

Síndrome do ovário remanescente

Trata-se de uma condição rara observada em mulheres submetidas a ooforectomia com remoção incompleta do ovário durante o procedimento. Nestas, os fragmentos remanescentes de ovário levam a persistência da função ovariana, e podem se apresentar como massas pélvicas e cursar com dor pélvica. Acredita-se que a endometriose pode aumentar o risco de carcinoma de ovário em pacientes com Síndrome do Ovário Remanescente. Dada esta associação com malignidades ovarianas, a excisão cirúrgica do tecido remanescente permanece tratamento de escolha.⁽³²⁾

Síndrome do ovário residual

Na Síndrome do Ovário Residual, o ovário é preservado intencionalmente e desenvolve, após a cirurgia, alguma afecção que cause dor, como cistos ou aderências.

Leiomioma uterino

Os leiomiomas uterinos podem causar sintomas de pressão e induzir dor pela compressão. Podem ainda causar dor aguda devido à degeneração, torção, ou expulsão dos leiomiomas através do colo do útero. A dor crônica é comum nas portadoras de miomas uterinos.⁽⁸⁾

DPC de origem urológica

Cistite intersticial

A cistite intersticial é uma causa comum de DPC. É uma condição inflamatória crônica da bexiga que causa dor pélvica e disfunção irritável da bexiga, com vontade exagerada de urinar e aumento da frequência urinária. A incontinência urinária é também um sintoma associado. Essa síndrome é também referida como síndrome da bexiga dolorosa, refletindo a importância da dor na bexiga como principal característica da síndrome.⁽³³⁾

Neoplasia de bexiga

Carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo de bexiga podem apresentar sintomas semelhantes aos da cistite intersticial. A possibilidade de neoplasia deve ser considerada em mulheres com hematúria, história de tabagismo, ou que tenham mais de 60 anos de idade.

DPC de origem gastrointestinal

Síndrome do intestino irritável

A SII é um dos diagnósticos mais comuns em mulheres com DPC, ocorrendo em até 35% destas mulheres. No entanto, em muitas mulheres com DPC e SII associada, a SII não é diagnosticada ou tratada adequadamente.⁽³⁴⁾

A Síndrome do Intestino Irritável (SII), por vezes também chamada de hiperalgesia visceral, é uma síndrome caracterizada por

dor gastrointestinal crônica ou intermitente, dor abdominal, que está associada à função intestinal, na ausência de qualquer causa orgânica. A maioria dos pacientes com SII também têm disfunção intestinal. Cerca de 10% da população geral apresenta sintomas compatíveis com o SII, e incidência em mulheres é o dobro da incidência em homens.⁽³⁵⁻³⁸⁾ O diagnóstico da SII é baseado na anamnese, pois habitualmente os pacientes apresentam sintomas específicos da doença e exame físico normal.

Doença inflamatória intestinal

Fadiga, diarreia, cólica abdominal, perda de peso e febre, com ou sem sangramento grave, são as principais características da doença de Crohn. A natureza “transmural” do processo inflamatório causa fibrose importante que pode evoluir com quadros obstrutivos do intestino delgado e, em menor frequência, do cólon. A retocolite ulcerativa, assim como outras causas de colite, tem uma apresentação semelhante, porém o sangramento retal é mais comum na retocolite ulcerativa que na doença de Crohn.

Diverticulite

Pacientes com doença diverticular podem desenvolver colite segmentar, mais comumente no cólon sigmoide. As características endoscópicas e histológicas variam de leves alterações inflamatórias com hemorragias submucosas (manchas vermelhas peridiverticulares na colonoscopia) até um quadro mais grave, com inflamação crônica ativa, assemelhando-se, histológica e endoscopicamente, à doença inflamatória intestinal. A patogênese não é completamente compreendida. A causa pode ser multifatorial, relacionada com o prolapso da mucosa, a estase fecal ou isquemia localizada.

Câncer de cólon

A maioria das pacientes com câncer colorretal apresenta hematoquezia ou melena, dor abdominal e/ou uma mudança nos hábitos intestinais.

Doença celíaca

A doença celíaca é uma doença causada por uma reação imune ao glúten que causa prejuízos na absorção e digestão de nutrientes pelo intestino delgado, resultando habitualmente em diarreia de repetição e perda de peso. Essas pacientes podem apresentar dor pélvica como queixa inicial.⁽³⁹⁾

DPC de origem osteomuscular

Fibromialgia

As mulheres com fibromialgia frequentemente procuram seus ginecologistas referindo DPC como queixa principal. A fibromialgia é uma enfermidade de difícil caracterização e que frequentemente se sobrepõe a outras afecções como a síndrome da fadiga crônica, depressão, somatização e SII.⁽³⁸⁾

O Colégio Americano de Reumatologia definiu dois critérios que devem estar presentes para o diagnóstico de fibromialgia:

- O paciente deve apresentar dor em todos os quatro quadrantes do corpo
- Presença de dor em pelo menos 11 áreas distintas do corpo, num total de 18 áreas possíveis. Dentre estas áreas salienta-se os joelhos, ombros, cotovelos e pescoço, bem como a região pélvica e o assoalho pélvico. Estas áreas devem ser sensíveis ao estímulo de pressão física aplicada pelo médico.⁽⁴⁰⁾

Dor miofascial pélvica

Coccidínia, mialgia por tensão do assoalho pélvico, ou a dor miofascial pélvica é causada por espasmos involuntários da musculatura do assoalho pélvico. Em especial, o levantador do ânus pode sofrer processos como hipertonia, mialgia e fadiga. A etiologia inclui qualquer distúrbio inflamatório doloroso, parto, cirurgia pélvica e trauma. Além de dispareunia, pode haver dor pélvica, que é agravada pela posição sentada por períodos prolongados, e aliviada com calor e ao deitar-se com os quadris flexionados.

Há evidências de que mulheres com DPC têm diminuição do limiar de dor nos músculos do assoalho pélvico, sugerindo que a mialgia por tensão do assoalho pélvico pode às vezes ser uma seqüela direta da DPC em consequência de outras doenças, como endometriose ou cistite intersticial.⁽⁴¹⁾

Dor de origem postural

A má postura pode causar desequilíbrio muscular envolvendo a musculatura abdominal, fáscia toracolombar, lombar, extensores ou flexores do quadril e abdutores, levando a dor local ou referida. Baker definiu o que chamamos de “typical pelvic pain posture”. São alterações posturais características deste grupo de mulheres e caracteriza-se principalmente por hiperlordose, anteversão pélvica e hiperextensão de joelhos.⁽⁴²⁾ E, além da postura típica, outras alterações como espasmo de assoalho pélvico, pontos-gatilho em musculatura abdominal ou lombar são encontradas com frequência.

A dor crônica da parede abdominal

Síndrome miofascial é a dor que se origina após contato com pontos-gatilho miofasciais na musculatura esquelética. A compressão destes locais hipersensíveis provoca dor local e referida, por vezes acompa-

nhada de fenômenos autonômicos (piloereção, vasodilatação hiperidrose ou vasoconstrição) e sintomas viscerais (diarréia, vômito).⁽⁴³⁾

Dor crônica provenientes da parede abdominal freqüentemente não é reconhecida, ou é confundida com a dor visceral, levando a extensa investigação antes que um diagnóstico preciso seja alcançado.

Pode estar relacionada com lesão muscular (lesão muscular direta ou tensão excessiva), com escoliose postural e outros, como anormalidades articulares, ou ainda com lesão nervosa (n iliohipogástrico, ilioinguinal, genitofemoral, cutâneo femoral lateral, pudendo). A dor crônica da parede abdominal ocorre em 7-9 % das mulheres depois de uma incisão de Pfannenstiel.⁽⁴⁴⁾

Osteíte púbica

Também denominada como pubalgia, trata-se de síndrome inflamatória dolorosa da sínfise púbica, de variada etiologia. Pode manifestar-se como complicação de cirurgia (por exemplo, procedimentos uroginecológicos) ou relacionadas à gravidez / parto, atividades esportivas, trauma ou doenças reumatológicas. A dor é agravada por movimentos como andar, subir escadas e tosse. Nas pubalgias de origem infecciosas podem estar presentes: febre, leucocitose e aumento dos níveis de hemossedimentação. Quando desencadeada por esforço físico, essa dor pode tornar-se progressiva e intensa, incapacitando para as atividades esportivas.

DPC associada à saúde mental

Os transtornos mentais, especialmente, o transtorno de somatização, o uso frequente de drogas ou dependência de opiáceos, as experiências de abuso sexual ou outros tipos de abuso físico e a depressão estão comumente diagnosticados em mulheres com DPC.

Transtorno de somatização

É um diagnóstico de exclusão, em indivíduos com múltiplas queixas físicas que não podem ser totalmente explicadas por uma condição médica conhecida. Para diagnóstico, devem estar presentes os seguintes critérios: pelo menos quatro locais diferentes de dor, dois sintomas gastrointestinais, além da dor, um sintoma neurológico, e um problema sexual e reprodutiva (que não seja a dor).

Dependência de opiáceos

Pacientes tratados com opióides para dor crônica têm um risco de 3 a 7% de manifestar uma desordem de dependência. Além disso, pacientes com dor crônica têm uma resposta diminuída aos analgésicos opióides, de tal forma que doses superiores às normais são necessários para a analgesia adequada. Devido a esses fatores, a decisão de tratar as mulheres com DPC com opióides deve ser feita somente após uma avaliação cuidadosa, após falha de outras modalidades de tratamento e mediante orientação adequada dos riscos.

Abuso sexual e outras formas

Parece haver uma maior incidência de abuso físico ou sexual prévia em mulheres com DPC. Até 47% das mulheres com o DPC refere a história da física e sexual abuso.⁽⁴⁵⁾ O passado de experiências traumáticas pode alterar o processamento neuropsicológico dos sinais de dor, bem como as respostas hipófise-adrenal e autonômicas ao estresse.

Depressão

A depressão, que é prevalente na população em geral, parece ocorrer mais frequentemente em mulheres com DPC. Não está claro se a depressão e a DPC são causalmente relacionados. Algumas autoridades

acreditam que alguns casos de DPC são uma variante da depressão⁽⁴⁶⁾ enquanto outros acham que experiências estressantes, tais como abuso sexual na infância, pode causar tanto DPC e depressão.

Distúrbios do sono

Os distúrbios do sono podem ser resultado de dor crônica, bem como podem contribuir para a sua piora e agravamento de doenças psíquicas.

Algumas mulheres com DPC têm histórias de comorbidades psiquiátricas primárias. É importante distingui-las das pacientes que estão desenvolvendo problemas psicológicos secundários, ou seja, pacientes que estão a desenvolver sintomas de ansiedade, depressão ou outras expressões da psicopatologia, em reação à sua dor. Como as vias nociceptivas são modulados por processos psicológicos, este mecanismo provavelmente tem um papel importante na amplificação da sintomatologia.⁽⁴⁷⁾

Diagnóstico

A diversidade de órgãos e tecidos com comportamento biomolecular distintos faz da pélvis uma região única e por esta razão o diagnóstico da causa da DPC talvez seja um dos mais desafiadores na ginecologia. Nas mulheres que apresentam DPC de origem multifatorial, muitas vezes o único diagnóstico que se pode firmar é o sindrômico, ficando a causa real da dor mascarada pela associação de doenças. A dificuldade em estabelecer a “causa” da dor, acentua a insatisfação e frustração, tanto da paciente como dos médicos. Por outro lado o correto diagnóstico aumenta exponencialmente as chances de sucesso terapêutico.

Anamnese minuciosa e exame físico detalhado são pontos fundamentais para a elucidação diagnóstica. Estas etapas propedêu-

ticas, em conjunto, podem demorar até 90 minutos nas mulheres com DPC, tornando necessário em algumas situações realizar mais de uma consulta. A AGOC recomenda a aplicação de questionários a serem preenchidos pelas pacientes antes da consulta, para otimizar o atendimento.⁽⁶⁾

Anamnese

A entrevista deve abranger as características da dor, a arguição detalhada de todos os sintomas relacionados à queixa e especial ênfase deve ser dada ao interrogatório sobre diversos aparelhos, dado que quase metade das afecções que levam à DPC não são ginecológicas. Nesta fase o ginecologista pode optar pela realização de consultas estruturadas de forma clássica ou pelo emprego de questionários específicos para a avaliação de mulheres com DPC, como os questionários elaborados pela Sociedade Internacional de Dor Pélvica. Disponíveis gratuitamente, têm uma versão em português de 2004, além dos três questionários em inglês atualizados em 2019.⁽⁴⁸⁾

A história da dor deve ser completa e deve avaliar todos os possíveis sistemas envolvidos, em especial o sistema genital, gastrointestinal, urinário e músculo-esquelético. Outro ponto de extrema importância é a investigação de tratamentos prévios (clínicos ou cirúrgicos) ou de qualquer forma de abuso (sexual, psicológico, profissional ou doméstico).

As características da dor devem ser registradas de forma detalhada, incluindo dados sobre a primeira ocorrência do quadro, início da dor (súbito, insidioso), tipo (cólica, pontada, queimação), localização, duração (constante ou intermitente), intensidade, fatores de melhora e de piora, irradiação e ainda sintomas associa-

dos, principalmente queixas urinárias, intestinais e dipareunia. O examinador deve sempre aplicar algum método objetivo de quantificação da dor como a escala visual analógica, a utilização de um calendário que contenha as características de cada episódio, mapa da dor e outras.

Exame físico

O exame físico visa confirmar ou excluir hipóteses aventadas durante a anamnese. Deve sempre incluir palpação de todo abdômen com rastreamento de pontos dolorosos, sejam superficiais ou profundos. Além de palpação da região lombar, articulação sacro ilíaca e sínfise púbica. As cicatrizes devem ser notadas e alterações como fibroses, nódulos ou pontos de gatilho devem ser identificadas.

O exame ginecológico é etapa fundamental na avaliação da paciente com DPC. Deve-se iniciar com a inspeção da genitália, em busca de anormalidades anatômicas e lesões visíveis, seguida pela palpação de linfonodos inguinais, avaliando-se linfonodomegalia inguinal ou mesmo tumorações endurecidas. A seguir, colo uterino, vagina, conteúdo vaginal e presença de secreção endocervical devem ser analisados com auxílio de um espéculo.

Bexiga, paredes vaginais e músculo elevador do ânus podem ser palpados após o exame especular, utilizando-se 1 ou 2 dedos, avaliando-se presença de dor a esta manobra. O toque vaginal bi-digital permite palpação mais profunda, possibilitando notar nodulações e/ou espessamento em região retrocervical e nos ligamentos cardinais e/ou uterossacrais. O toque bi-manual fornece informações quanto ao tamanho e contorno uterino, bem com quanto a sua mobilidade e ocorrência de dor à mobilização. Permite ainda a palpação dos anexos, etapa mais difícil do exame físico ginecoló-

gico, já que ovários são palpáveis em apenas 50% das mulheres na menacme.⁽⁴⁷⁾ No entanto, quando palpáveis, pode-se detectar presença de cistos ou tumorações anexiais. Na presença de formações anexiais palpáveis, deve-se atentar para o tamanho, mobilidade, consistência e dor à manipulação.

A inspeção do orifício anal em busca de alterações, como doenças orificiais e prolapso retal, bem como o toque retal podem fornecer informações adicionais, especialmente quando se suspeita de doenças intestinais, endometriose e malignidades.

O exame ginecológico, além de incluir a propedêutica clássica que avalia a ocorrência de alterações uterinas, ovarianas ou no fórnice posterior da vagina, deve abranger a identificação de alterações da musculatura de assoalho pélvico, piriforme e obturadores.

Achados sugestivos de condições específicas

Paciente com endometriose profunda apresentam alterações sugestivas no exame físico. Três achados característicos de endometriose são: Espessamento ou presença de nódulo endurecido em região retrocervical e/ou no ligamento uterossacro; deslocamento do colo uterino causado por envolvimento assimétrico dos ligamentos uterossacos, levando a um encurtamento unilateral; diminuição da mobilidade uterina. A acurácia do toque vaginal para diagnóstico de endometriose em septo retovaginal chega a 86%.⁽⁴⁹⁾

A presença de excrecências glandulares ou lesões escurecidas em parede vaginal, sobretudo em fundo de saco posterior pode sinalizar endometriose profunda com acometimento até mucosa vaginal, e a percepção de uma consistência uterina mais amolecida e dolorosa à manipulação pode sugerir adenomiose. A palpação dos ligamentos uterossacos é feita de forma mais satisfatória no toque

retal, de modo que frente a suspeita de endometriose profunda, o toque retal deve ser realizado.

Um aumento dos anexos uterinos pode ser notado durante palpação abdominal e principalmente no toque bi-manual. Este aumento pode ser decorrente principalmente de cistos ou tumores ovarianos, endometriomas, gestação ectópica, hidro/hematossalpinge e abscesso tubo-ovariano. A presença de cistos de inclusão peritoneal e tumores de outros órgãos pode confundir esta avaliação, mas o toque bi-manual geralmente permite a distinção.

A presença de ascite deve suscitar hipótese de malignidade e deve-se tentar palpar os ovários. A palpação de uma massa pélvica após realização ooforectomia e/ou hysterectomia sugere síndrome do ovário remanescente, síndrome do ovário residual, ou ainda presença de cistos de inclusão peritoneal.

Volume aumentado do útero e/ou contornos irregulares, principalmente se útero móvel, sugere a presença de leiomiomas uterinos. Como já mencionado, mulheres com adenomiose podem apresentar útero aumentado globalmente e mais amolecido.

A diminuição da mobilidade uterina deve chamar atenção para a presença de aderências pélvicas. Quando o útero apresenta-se em retroflexão e com mínima mobilidade, a hipótese de endometriose deve ser sempre considerada, já que suas aderências tipicamente densas com alguma frequência conduzem a este quadro. Outras condições que devem ser consideradas frente a um útero pouco móvel são doença inflamatória pélvica e bridas.

A palpação e mobilização dolorosas do útero são os achados mais comuns no exame físico de mulheres com endometrite crônica relacionada a doença inflamatória pélvica, embora mulheres acometidas possam ter um exame físico completamente normal.

Sintomas que podem estar presentes nestas pacientes incluem sangramento uterino anormal, metrorragia, sinusiorragia e ainda amenorreia associada a dor pélvica baixa inespecífica.

A síndrome de congestão pélvica não está associada a sintomas específicos, e o principal achado no exame físico é o amolecimento do ovário durante compressão suave. Pode haver ainda amolecimento uterino à mobilização do colo e palpação profunda abdominal. Reforçam este diagnóstico diferencial a dor que se manifesta em locais diversos em diferentes momentos, dispareunia profunda, dor pélvica após o ato sexual e exacerbação da dor após permanecer em posição ortostática por longo período.⁽³⁰⁾

Em mulheres com cistite intersticial quase sempre há dor à palpação difusa do abdome, base da bexiga e uretra. A possibilidade de divertículo ureteral deve ser considerada na presença de massa subureteral. A dor suprapúbica costuma estar presente na infecção de repetição do trato urinário, na cistite intersticial e na osteíte púbica.

Na síndrome do piriforme e do levantador do ânus habitualmente há dor na palpação unidigital destes músculos durante o toque vaginal. Estes músculos encontram-se com contratura e podem apresentar fasciculação. O reflexo anal (ao tocar gentilmente a pele ao redor do ânus observa-se uma contração reflexa do esfíncter anal externo) pode estar ausente em virtude de os músculos do assoalho pélvico já encontrarem-se contraídos. Este reflexo também pode estar ausente em decorrência de lesão nervosa.

Na vulvodínea, a dor vulvar é geralmente descrita como uma dor em queimação, que pode ser localizada ou generalizada, provocada ou espontânea. A vestibulodínea é caracterizada pela dor intensa no toque do vestíbulo vulvar ou na tentativa de penetração

vaginal, e estas afecções podem ser confundidas com DPC caso a vulva não seja examinada.

Alguns achados podem sugerir causas musculoesqueléticas. A presença de dor ao teste de Patrick (ou teste FABER – flexão forçada, abdução e rotação externa) classificou corretamente como dor neuromuscular 85% das pacientes com este diagnóstico.⁽⁵⁰⁾ Porém o achado mais frequente é o teste de Carnett.⁽⁵¹⁾ Pede-se para paciente elevar a cabeça e ombros, ou elevar os membros inferiores estendidos. O teste é positivo quando a dor persiste ou piora sob a contração da musculatura abdominal, e aponta para a parede abdominal como causa da dor. Quando a dor melhora à manobra, o teste é negativo e indica origem visceral.

A presença de neuropatia caracteristicamente cursa com dor em queimação, sensação de choque e parestesia. Mononeuropatias envolvendo nervos com origem em T10 a L4 podem se apresentar como DPC. Em particular, a síndrome de aprisionamento nervoso do nervo ilioinguinal (após incisões abdominais transversas) pode ocasionar dor pélvica e a neuralgia do nervo pudendo pode se apresentar como dor pélvica e vulvar. Testes com cotonete e gaze embebida em álcool ajudam a avaliar a sensibilidade da área acometida, reforçando o diagnóstico.

Para o exame psicológico podem ser utilizados questionários, como o fornecido pela Sociedade Internacional de Dor Pélvica⁽⁴⁸⁾, que traz entre as perguntas questionamentos a respeito de sintomas depressivos e abuso físico/sexual. Alguns estudos sugerem que o ato de aumentar a gravidade dos fatos pode ser uma característica importante nas pacientes com dor pélvica crônica e deve ser avaliada durante exame psicológico e sinalizada para contribuir no tratamento.

Exames complementares

A anamnese, o exame físico e a avaliação psicológica são os componentes mais importantes para o diagnóstico de DPC. A complementação propedêutica com exames laboratoriais, de imagem ou mesmo cirurgia varia amplamente a depender das hipóteses aventadas.

Na maioria dos casos os exames laboratoriais ou de imagem pouco auxiliam na confirmação diagnóstica da causa de DPC, porém são importantes na exclusão de outras afecções associadas e na definição da programação terapêutica. O exame de urina, por exemplo, pode contribuir para confirmar ou excluir diagnóstico de infecção urinária, bem como PCR para clamídia e gonococco auxiliam na avaliação de DIP e um teste de gravidez permite excluir gestação.

O ultrassom pélvico, sobretudo transvaginal, tem alta sensibilidade na detecção de miomas uterinos e de massas pélvicas, além de auxiliar na localização das mesmas (útero/ovário/tubas). A ressonância nuclear magnética pode auxiliar no diagnóstico de endometriose, adenomiose e complementar informações não fornecidas pela ultrassonografia pélvica. Na suspeita de doenças inflamatórias intestinais a colonoscopia fornece informações valiosas e na congestão pélvica, os métodos diagnósticos disponíveis são a ultrassonografia com doppler e venografia.

Deve-se ter em mente, no entanto, que muitas afecções causadoras de DPC têm diagnóstico exclusivamente clínico, como fibromialgia, quadros psicossomáticos e migrânea abdominal, de modo que o diagnóstico correto somente será firmado se as hipóteses forem consideradas. Apoiar-se somente nos métodos complementares para definição diagnóstica configura erro grosseiro na propedêutica da paciente com dor pélvica crônica, podendo levar a diagnósticos equivocados e persistência do quadro.

Laparoscopia diagnóstica e cirurgia laparoscópica

Modernamente a laparoscopia diagnóstica tem papel secundário na rotina propedêutica da DPC, devendo seu emprego ser restringido a situações especiais nas quais os métodos diagnósticos disponíveis apresentem controvérsia.

Durante algum tempo considerou-se a laparoscopia como o principal método diagnóstico da endometriose, ao permitir visão e biópsia das lesões. Atualmente no entanto, com o aprimoramento de exames de imagem como ultrassonografia e ressonância nuclear magnética, é possível firmar diagnóstico com grande grau de certeza, permitindo não apenas o diagnóstico mas também mapeamento da doença, reservando assim a cirurgia para um tratamento potencialmente definitivo das lesões.

Com relação as varizes pélvicas, alguns estudos sugeriram que laparoscopia deveria ser utilizada para o diagnóstico, através da realização de manobras de redução da pressão intra-abdominal e colocando a paciente em posição de proclive para identificar possíveis dilatações venosas. Porém, o procedimento endoscópico não deve ser indicado como método de escolha, sobretudo porque a presença de varicosidades isoladas não é diagnóstica. Para este fim, as principais armas subsidiárias são a ultrassonografia endovaginal com doppler, a ressonância magnética, a tomografia computadorizada e principalmente a flebografia ovariana retrógrada ou transuterina que demonstra o aumento do diâmetro venoso ovariano e uterino e a estase venosa com redução do retorno venoso.

Tratamento

A discrepância entre sintomas e achados no exame físico é frequente nas síndromes dolorosas. Em decorrência da neuroplasticidade

e mecanismos de amplificação da sensibilidade a dor, em algumas ocasiões a queixa parece desproporcional aos achados limitados do exame físico e exames de imagem, e nenhuma das alterações encontradas parecem explicar, por si só, o quadro de dor. Esta situação é desconcertante e pode desencorajar os especialistas envolvidos comprometendo a relação médico-paciente. Por isso toda a equipe deve ter sempre em mente todos os componentes do quadro, e não focar somente na causa primária.

O sucesso do tratamento de mulheres com DPC é muito facilitado quando se pode contar com a confiança da paciente. Esta confiança pode ser conquistada com acolhimento adequado e com uma avaliação completa e detalhada do caso, permitindo que a paciente exponha suas aflições, validando sua queixa, demonstrando reconhecer que a dor é “real”, oferecendo explicações sempre que possível e reafirmando a intenção de ajudar. A maioria das pacientes é capaz de compreender que não existem remédios milagrosos ou curas instantâneas, e se demonstram satisfeitas com a certeza de que seu médico é honesto e fará um esforço real em ajudá-las, ainda que de modo gradual.

Abordagem terapêutica

Geralmente a anamnese e o exame físico sugerem uma ou mais causas que parecem levar a DPC. Para auxiliar na decisão do melhor plano terapêutico para uma paciente específica, o médico e a paciente devem discutir suas expectativas e suas pretensões quanto a tratamento clínico, cirurgias e planos de engravidar.

A abordagem terapêutica da síndrome de algia pélvica crônica pode seguir três linhas principais:

1. Extensa avaliação diagnóstica seguida por tratamento da doença diagnosticada. Apesar de, provavelmente, tratar-se da

abordagem ideal, pode ser onerosa na medida em que diversos exames complementares podem ser necessários.

2. Prescrição sequencial de medicações que tratam as principais causas de DPC. Por exemplo, se a endometriose, principal causa de DPC, parece ser uma hipótese plausível para o caso, mas não foi comprovada sua presença, pode-se realizar um teste terapêutico temporariamente para avaliar a melhora dos sintomas. Se não for bem-sucedido, então, outra terapia empírica é iniciada. Deve-se ter em mente que neste caso, mesmo diante de melhora clínica, não se pode afirmar a real etiologia da DPC, visto que um mesmo tratamento pode ser eficaz para várias afecções.
3. Tratamento não específico com analgésicos visando ao tratamento da dor em vez do tratamento de doenças específicas.

Recomenda-se que pacientes portadoras de DPC sejam abordadas de forma multidisciplinar. Isto porque a dor abdominal, por suas características próprias, é de difícil localização, porque a descoberta de uma afecção não garante que esta seja a causadora do quadro e sobretudo porque são comuns as associações de diferentes problemas. Um único profissional dificilmente deterá todo o conhecimento específico necessário para assegurar que a paciente seja avaliada de forma completa e com adequado embasamento científico.

Tratamento medicamentoso

Segundo guidelines do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) não se recomenda o uso de opióides no tratamento de dor pélvica crônica, reservando seu uso para casos de doença maligna em atividade ou para cuidados paliativos.⁽⁵²⁾ Além de não atuarem na causa da dor, seu uso prolongado está associado a alto risco de efei-

tos colaterais e pode levar a dependência. Pacientes que já estejam em uso de opióides devem ser orientados quanto a redução gradual da dose até remoção completa.

Medicações com efeito no sistema nervoso têm especial importância nos casos em que a paciente já foi avaliada quanto as diferentes etiologias como causa da dor, e um componente neuropático foi identificado. Embora nenhum estudo tenha estabelecido o benefício dos antidepressivos para a dor pélvica especificamente, há evidências de boa qualidade de melhora de dor crônica em outras localidades. Com base nestas referências, a ACOG recomenda uso de inibidores da recaptção de serotonina, bem como da gabapentina e pregabalina para tratamento de dor pélvica crônica com componente neuropático.⁽⁶⁾

Revisão sistemática mostrou superioridade do inibidores da recaptção de serotonina e antidepressivos tricíclicos em relação ao placebo, quanto a melhora da dor e qualidade de vida.⁽⁵³⁾ Seguindo a mesma linha, revisão da Cochrane mostrou que duloxetine foi superior ao placebo em dor neuropática.⁽⁵⁴⁾

Atuando no canal de cálcio dos neurônios, a gabapentina e pregabalina são frequentemente utilizadas para o tratamento de dor crônica. Faltam evidências para seu uso na dor pélvica crônica, mas um piloto de 2016 mostrou que a gabapentina tem melhora clínica, é bem tolerado e com bom custo benefício.⁽⁵⁵⁾

Com relação aos relaxantes musculares, faltam evidências que suportem seu benefício em quadros de dor miofascial.⁽⁵⁶⁾

Laparoscopia na paciente com DPC

Desde seu surgimento, a laparoscopia passou a ser amplamente utilizada no diagnóstico e tratamento de mulheres com queixa de dor pélvica crônica. A possibilidade de observar a pelve por meio de procedi-

mento minimamente invasivo aumentou de forma significativa nosso conhecimento acerca de enfermidades que levam a DPC. Entretanto, com o maior conhecimento das causas da DPC reconhece-se que boa parte destas pacientes não tem alterações observáveis ao procedimento. Assim, em vez de servir como método diagnóstico invasivo, atualmente a endoscopia pélvica protagoniza seu papel na terapêutica de doenças específicas, desde que passíveis de tratamento por este método, dentre as quais se destaca o tratamento de endometriose.⁽⁵⁷⁾

Antigamente defendida, hoje se sabe que a lise de aderências não traz benefício para o tratamento de dor pélvica crônica quando outras doenças, como endometriose e lesões anexiais, não estão presentes. Assim, não se recomenda a realização de laparoscopia para adesiólise como tratamento de DPC.⁽⁶⁾

Cirurgias neuroablativas

A interrupção do plexo nervoso sensitivo de Lee-Frankenhauser pela ablação do ligamento útero-sacro (LUNA) por laparoscopia para o controle da dor foi proposta em 1963 e para este fim, a eletrocauterização seguida de secção do LUS é a técnica mais utilizada. Diversos estudos, no entanto, procuraram avaliar a eficácia da LUNA em mulheres com DPC, e revisão de metanálises concluiu que a ablação do LUS não deve ser considerada como opção para o tratamento da DPC independentemente da etiologia.⁽⁵⁸⁾

No que se refere à neurectomia presacral, outra cirurgia neuroablativa, não se encontram dados suficientes na literatura que respaldem este procedimento em pacientes com DPC. Ressalta-se que complicações intra-operatórias, como sangramento, e pós-operatórias, como disfunções urinárias e/ou gastrintestinais, não são infreqüentes.⁽⁵⁹⁾

Injeção em pontos gatilho

A injeção com solução salina, anestésicos esteróides ou opióides levam a melhora da dor e da função em pacientes com dor miofascial, e podem ser realizadas por ginecologistas treinados. Sua realização pode ser recomendada, por se tratar de procedimento seguro e que levam a melhora imediata, embora possam necessitar de múltiplas administrações.⁽⁶⁰⁾

Toxina botulínica

Não existem evidências conclusivas que suportem o benefício de toxina botulínica na melhora da dor pélvica crônica. Estudo randomizado de 2019 mostrou que não houve diferença entre a administração de toxina botulínica em relação a administração de soro fisiológico na melhora da dor pélvica de origem miofascial.⁽⁶¹⁾ Assim, seu uso deve ser reservado para situações em que há refratariedade aos tratamentos de primeira linha.

Tratamento complementar

Já está claro que alterações osteomusculares e psicoemocionais são particularmente freqüentes nas pacientes com DPC, podendo ser a causa primária da síndrome ou consequência da mesma, e devem ser considerados durante o planejamento terapêutico. Revisão sistemática de 2018 com 202 estudos envolvendo tratamentos para dor crônica musculoesquelética, fibromialgia e cefaléia tensional mostrou que exercícios, reabilitação, acupuntura, terapia cognitiva comportamental e cuidados integrativos promovem melhora discreta a moderada no quadro. Embora os dados sejam limitados, não foram observadas complicações decorrentes destas técnicas.⁽⁶²⁾

Uma vez diagnosticada dor miofascial, a fisioterapia do assoalho pélvico pode ser considerada. Diversas técnicas podem ser utiliza-

das, a depender dos sintomas específicos de cada paciente, e incluem mobilização e liberação miofascial, interna ou externa, mobilização articular, estimulação elétrica, dentre outros. Em um ensaio clínico randomizado, Zoorob e colaboradores demonstraram que a fisioterapia do assoalho pélvico foi tão efetivo para melhora da dor e da função sexual quanto injeção de anestésicos em pontos gatilho.⁽⁶³⁾ Quando há relevante comprometimento da função sexual, a terapia sexual pode ser útil como tratamento coadjuvante.

Devido grande associação da dor crônica com efeitos psíquicos, como ansiedade e depressão, parece dispensável determinar se estes últimos representam causa ou consequência do quadro clínico, e devem ser valorizados e adequadamente tratados. A terapia cognitiva comportamental (TCC) é uma técnica orientada por metas e tem sido utilizada em conjunto com tratamento específico da causa. No entanto as evidências que apontam para seus benefícios vêm de estudos em que a TCC é parte de um cuidado multidisciplinar⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾, não sendo possível saber qual seu efeito quando realizada isoladamente. Revisão de 2017 demonstrou que faltam evidências fortes que suportem sua eficácia como tratamento de dor.⁽⁶⁶⁾ Ainda assim, em seu último boletim, a AGOC recomenda com grau de evidência B.⁽⁶⁾

Embora faltem estudos randomizados que demonstrem benefício na dor pélvica crônica, evidências mostrando melhora de dor crônica não ginecológica permite considerar acupuntura e yoga como coadjuvantes no tratamento de dor pélvica crônica.⁽⁶⁾

Comentários

Diante deste quadro complexo, fica patente que o cuidado da paciente com DPC deve seguir todos os predicados de um atendimento adequado, contando com uma anamnese ampla e detalhada e exame físico

meticuloso. Para isso, deve-se assegurar que a consulta inicial tenha uma duração adequada para que a paciente possa explicar suas queixas e se sentir acolhida. Deve haver, também, especial empenho em estreitar o relacionamento médico-paciente, pois, a investigação por vezes é frustrante, com exames que não revelam etiologia ou mostram co-existência de várias causas. Soma-se a isto o fato de que, habitualmente, as pacientes tem dificuldades em aceitar a possibilidade de associações etiológicas e, inúmeras vezes, observa-se relativa resistência em aceitar a demanda de duas ou mais intervenções para o tratamento.

Além disso a queixa apresenta caráter fortemente subjetivo, com situações de persistência de baixa qualidade de vida mesmo quando há diminuição do estímulo doloroso. Isto porque disfunções emocionais podem interferir na percepção dolorosa ou eventualmente podem-se identificar benefícios secundários da queixa, muitas vezes inconsciente à paciente, o que, também, dificulta a aceitação das propostas terapêuticas.

Ponderando-se sobre estas dificuldades, conclui-se que a capacitação do médico deve ser aprimorada e atualizada, as opções diagnósticas e terapêuticas devem ser discutidas com a paciente e escolhidas criteriosamente para evitar intervenções desnecessárias que possam remeter à riscos, limitações reprodutivas ou agravar a síndrome.

Até mesmo, a abordagem conjunta com outras especialidades deve ser discutida com a paciente para maior aceitação, pois, em muitas ocasiões a paciente traz o anseio que o presente atendimento resolveria a sua queixa.

Pode-se, então, concluir que apesar de todos os recursos tecnológicos tanto na área diagnóstica quanto na terapêutica, o conhecimento e o zelo médico e dos seus pares ainda permanecem soberanos nas mulheres com DPC.

Referências

1. Latthe P, Latthe M, Say L et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: A neglected reproductive health morbidity. *BMC PublicHealth*. 2006;6 :177.
2. Fall M, Baranowski AP, Eneil S et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European Urology*. 2010; 57(1): 35–48.
3. Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ et al. European Association of Urology. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European Urology*. 2004; 46(6), 681–689.
4. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Eneil S, Hughes J, Messelink EJ et al. The 2013 Guidelines on Chronic Pelvic Pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain a Habit, a Philosophy, or a Science? 10 years of Development. *European Association of Urology*. 2013; 64:431-39.
5. Price J, Farmer G, Harris J, Hope T, Kennedy S, Mayou R. Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. *BJOG*. 2006;113(4):446-52.
6. ACOG Committee on Practice Bulletins – Gynecology, 2020. ACOG Practice Bulletin No 2013. Chronic pelvic pain. *Obstetrics and Gynecology*. 2020;135(3):e98-e109.
7. Bruckenthal P. Approaches to Diagnosis and Treatment. *Pain Management Nursing*. 2011;12(1) :4-10.
8. Lippman SA, Warner M, Samuels S et al. Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study. *Fertil Steril*. 2003; 80:1488.
9. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP et al. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999; 106:1149.
10. Grace VM, Zondervan KT. Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. *Aust N Z J Public Health*. 2004; 28:369-375.
11. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician* 2014;17: E141–7.
12. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *The British Journal of General Practice*. 2001;51(468): 541–547.
13. Clemons JL, Arya LA, Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2002;100:337–41.
14. Learman LA, Gregorich SE, Schembri M, Jacoby A, Jackson RA, Kuppermann M. Symptom resolution after hysterectomy and alternative treatments for chronic pelvic pain: does depression make a difference? *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:269.e1–9. (Level II-2) /
15. Williams RE, Hartmann KE, Sandler RS, Miller WC, Savitz LA, Steege JF. Recognition and treatment of irritable bowel syndrome among women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192:761–7. (Level II-3) /
16. Cheng C, Rosamilia A, Healey M. Diagnosis of interstitial cystitis/bladder pain syndrome in women with chronic pelvic pain: a prospective observational study. *Int Urogynecol J* 2012;23:1361–6.

17. Montenegro ML, Mateus-Vasconcelos EC, Rosa e Silva JC, Nogueira AA, Dos Reis FJ, Poli Neto OB. Importance of pelvic muscle tenderness evaluation in women with chronic pelvic pain. *Pain Med* 2010;11:224-8.
18. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP et al. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. *Br J Obstet Gynaecol.* 1999; 106:1156.
19. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol.* 2002;99(2):229-34.
20. Silva GP, Nascimento AL, Michelazzo D et al. High prevalence of chronic pelvic pain in women in Ribeirão Preto, Brazil and direct association with abdominal surgery. *Clinics (Sao Paulo).* 2011;66(8):1307-12.
21. Coelho LSC, Brito LMO, Chein MBC et al. Prevalence and conditions associated with chronic pelvic pain in women from São Luís, Brazil. *Braz J Med Biol Res.* 2014; 47(9):818-825.
22. Levesque A, Riant T, Ploteau S, Rigaud J, Labat JJ. Clinical Criteria of Central Sensitization in Chronic Pelvic and Perineal Pain (Convergences PP Criteria): Elaboration of a Clinical Evaluation Tool Based on Formal Expert Consensus. *Pain Medicine*, 2018; 19(10): 2009-2015.
23. Howard FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1996;4(1):85-94.
24. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):929-37.
25. Howard FM, El-Minawi AM, Sanchez R. Conscious pain mapping by laparoscopy in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2000;96(6):934-9.
26. Alpay Z, Saed GM, Diamond MP. Postoperative adhesions: from formation to prevention. *Semin Reprod Med.* 2008;26(4):313-21.
27. Monk BJ, Berman ML, Montz FJ. Adhesions after extensive gynecologic surgery: clinical significance, etiology, and prevention. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(5 Pt 1):1396-403.
28. Cheong, Y, Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best practice & research clinical Obstetrics and Gynaecology.* 2006;20-5:695-711.
29. Rozenblit AM, Ricci ZJ, Tuvia J, Amis ES Jr. Incompetent and dilated ovarian veins: a common CT finding in asymptomatic parous women. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;176(1):119-22.
30. Beard RW, Reginald PW, Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. *Br J Obstet Gynaecol.* 1988;95(2):153-61.
31. Champaneria R, Shah L, Moss J, Gupta JK, Birch J, Middleton LJ, et al. The relationship between pelvic vein incompetence and chronic pelvic pain in women: systematic reviews of diagnosis and treatment effectiveness. *Health Technol Assess* 2016;20:1-108.
32. Kho RM, Abrao MS. Ovarian remnant syndrome: etiology, diagnosis, treatment and impact of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2012;24(4):210-4.

33. Stanford, EJ, Dell, JR, Parsons, CL. The emerging presence of interstitial cystitis in gynecologic patients with chronic pelvic pain. *Urology*. 2007; 69:53.
34. Ford AC, Lacy BE, Talley NJ. Irritable Bowel Syndrome. *N Engl J Med*. 2017 Jun 29;376(26):2566-2578.
35. Aslam, N, Harrison, G, Khan, K, Patwardhan, S. Visceral hyperalgesia in chronic pelvic pain. *BJOG* 2009; 116:1551.
36. Parsons, CL. Diagnosing chronic pelvic pain of bladder origin. *J Reprod Med* 2004; 49:235.
37. O'Leary, MP, Sant, GR, Fowler FJ, Jr, et al. The interstitial cystitis symptom index and problem index. *Urology*. 1997; 49:58.
38. Lane, TJ, Manu, P, Matthews, DA. Depression and somatization in the chronic fatigue syndrome. *Am J Med*. 1991; 91:335
39. Porpora, MG, Picarelli, A, Prosperi Porta, R, et al. Celiac disease as a cause of chronic pelvic pain, dysmenorrhea, and deep dyspareunia. *Obstet Gynecol*. 2002; 99:937.
40. Wolfe, F, Smythe, HA, Yunus, MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990; 33:160.
41. Tu FF, Fitzgerald CM, Kuiken T, et al. Comparative measurement of pelvic floor pain sensitivity in chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2007; 110:1244.
42. Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain. Diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1993; 20:719.
43. Sharp HT. Myofascial pain syndrome of the abdominal wall for the busy clinician. *Clin Obstet Gynecol*. 2003; 46:783.
44. Loos MJ, Scheltinga MR, Mulders LG, Roumen RM. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol*. 2008; 111:839.
45. Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW, et al. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol* 1994; 84:193.
46. Eisendrath SJ. Psychiatric aspects of chronic pain. *Neurology*. 1995; 45:S26.
47. Beckmann CR. *Obstetrics and gynecology*. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
48. International Pelvic Pain Society. Documents and forms: history and physical. Available at: https://www.pelvicpain.org/IPPS/Professional/Documents-Forms/IPPS/Content/Professional/Documents_and_Forms.aspx. Acessado em 1 maio, 2020.
49. Chen YH, Wang DB, Guo CS. Accuracy of Physical Examination, Transvaginal Sonography, Magnetic Resonance Imaging, and Rectal Endoscopic Sonography for Preoperative Evaluation of Rectovaginal Endometriosis. *Ultrasound Q*. 2019 Mar;35(1):54-60.
50. (Neville CE, Fitzgerald CM, Mallinson T, Badillo S, Hynes C, Tu F. A preliminary report of musculoskeletal dysfunction in female chronic pelvic pain: a blinded study of examination findings. *J Bodyw Mov Ther* 2012;16:50-6.
51. Carnett JB. The simulation of gall-bladder disease by intercostal neuralgia of the abdominal wall. *Ann Surg* 1927;86: 747-57.

52. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain—United States, 2016. *JAMA* 2016;315:1624–45.
53. Caruso R, Ostuzzi G, Turrini G, Ballette F, Recla E, Dall’Olio R, et al. Beyond pain: can antidepressants improve depressive symptoms and quality of life in patients with neuropathic pain? A systematic review and meta-analysis. *Pain* 2019;160:2186–98.
54. Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD007115. DOI: 10.1002/14651858.CD007115.pub3.
55. Lewis SC, Bhattacharya S, Wu O, Vincent K, Jack SA, Critchley HO, et al. Gabapentin for the management of chronic pelvic pain in women (GaPP1): a pilot randomized controlled trial. *PLoS One* 2016;11: e0153037.
56. Leite FM, Atallah ÁN, El Dib R, Grossmann E, Januzzi E, Andriolo RB, et al. Cyclobenzaprine for the treatment of myofascial pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD006830.
57. Araújo RSC, Abdalla Ribeiro HSA, Sekula VG, Porto BTC, Ayroza Ribeiro PAG. Long-term outcomes on quality of life in women submitted to laparoscopic treatment for bowel endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014;21:682-688.
58. Daniels J, Gray R, Hills RK, Latthe P et al. LUNA Trial Collaboration. Laparoscopic uterosacral nerve ablation for alleviating chronic pelvic pain: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2009;302(9):955-61.
59. Proctor ML, Latthe PM, Farquhar CM, Khan KS, Johnson NP. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;19(4):CD001896.
60. Montenegro ML, Braz CA, Rosa-e-Silva JC, Candido-dos-Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Anaesthetic injection versus ischemic compression for the pain relief of abdominal wall trigger points in women with chronic pelvic pain. *BMC Anesthesiol* 2015;15:175.
61. Dessie SG, Von Barga E, Hacker MR, Haviland MJ, Elkadry E. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of onabotulinumtoxin A trigger point injections for myofascial pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(5):517.e1-517.e9.
62. Skelly AC, Chou R, Dettori JR, Turner JA, Friedly JL, Rundell SD, et al. Noninvasive nonpharmacological treatment for chronic pain: a systematic review. *Comparative Effectiveness Review Number 209.* AHRQ Publication No 18-EHC013-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. Available at: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/nonpharma-chronic-pain-cer-209.pdf>. Acessado em 01 maio, 2020.
63. Zoorob D, South M, Karram M, Sroga J, Maxwell R, Shah A, et al. A pilot randomized trial of levator injections versus physical therapy for treatment of pelvic floor myalgia and sexual pain. *Int Urogynecol J* 2015;26:845–52.
64. Twiddy H, Lane N, Chawla R, Johnson S, Bradshaw A, Aleem S, et al. The development and delivery of a female chronic pelvic pain management programme: a specialized interdisciplinary approach. *Br J Pain* 2015;9:233–40.

65. Miller-Matero LR, Saulino C, Clark S, Bugenski M, Eshelman A, Eisenstein D. When treating the pain is not enough: a multidisciplinary approach for chronic pelvic pain. *Arch Womens Ment Health* 2016;19:349–54.
66. Markozannes G, Aretouli E, Rintou E, Dragioti E, Damigos D, Ntzani E, Evangelou E, Tsilidis KK. An umbrella review of the literature on the effectiveness of psychological interventions for pain reduction. *BMC Psychol*; 2017;5(1):31.

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

